

Đơn Xin Trợ Cấp Cho Chương Trình Bảo Hiểm Washington Apple Health
Washington Apple Health Supplemental Form
(Bảo Hiểm Được Dùng Cho Việc Chăm Sóc Dài Hạn/Cho Người Có Tuổi, Mù Lòa, Tật Nguyền)

Thông Tin Tổng Quát			
Tên	Tên Lót Tắt	Họ	Số ID của Thân Chủ ACES
Ngày Sinh (mm/dd/yyyy)		SSN:	
Tôi/vợ chồng tôi, hay người nào trong gia đình tôi hiện đang nộp đơn xin: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế cho Người Có Tuổi, Mù Lòa, hay Tật Nguyền <input type="checkbox"/> Chương Trình Tiết Kiệm Medicare (Medicare Savings Program) <input type="checkbox"/> Các dịch vụ chăm sóc Tại Gia <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Tại Nhà Điều Dưỡng (Nursing Home care) <input type="checkbox"/> Trợ giúp với các hóa đơn y tế (từ ba tháng về trước) </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm cho Người Đi Làm Bị Tật Nguyền (HWD) <input type="checkbox"/> Chương Trình Chăm Sóc Người Bệnh Năng Hấp Hối (Hospice care) <input type="checkbox"/> Ở Cơ Sở Điều Dưỡng Cho Người Tật Nguyền/Nhà Cho Gia Đình Người Lớn <input type="checkbox"/> Ở Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em/Gia Đình (Bệnh Viện/CLIP) <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Hành Chánh Hỗ Trợ Việc Phát Triển Cho Người Tật Nguyền </div> </div>			
Trong 30 ngày qua, tôi đã nhận bảo hiểm y tế từ một tiểu bang, từ một bộ lạc, hay một nguồn khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tôi, hay người nào trong nhà tôi là người được bảo lãnh qua? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người đó là ai? _____ Tôi, hay người nào trong nhà tôi đã phục vụ trong quân đội? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người đó là ai? _____ Tôi, hay người con nào của tôi trong nhà, hoặc vợ/chồng của người nào (còn sống hay đã chết) đã phục vụ trong quân đội? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tôi có một người khai thuế ăn theo mà tôi đã không điền vào đơn xin và không sống chung với tôi? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có: Tên Người Khai Thuế Ăn Theo: _____ Ngày Sinh: _____ SSN: _____ Tôi hiện đang: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có gia đình và đang sống chung với người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Có gia đình nhưng không sống chung với người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Góa phu/phụ <input type="checkbox"/> Trong mối quan hệ sống chung có đăng ký <input type="checkbox"/> Chính thức ly thân			

Thông Tin Thu Nhập				
Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người nào trong nhà tôi nhận thu nhập từ một trong những nguồn sau đây:				
	Người Nhận Thu Nhập	Số Tiền Trước Trừ Thuế Hàng Tháng	Ai Nhận Thu Nhập Ngày	Số Tiền Trước Trừ Thuế Hàng Tháng
Quỹ Tín Dụng		\$		\$
Phúc Lợi về Lao Động & Kỹ Nghệ (L&I hay bảo hiểm)		\$		\$
Cấp Dưỡng Con		\$		\$
Hợp Đồng Mua Bán/Giấy Nợ		\$		\$
Quà Cấp (hỗ trợ tiền mặt/thẻ quà tặng)		\$		\$
Phần Khác		\$		\$

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người nào trong nhà tôi nhận thu nhập từ một quỹ đầu tư trả góp hàng năm (annuity investment)?* Có Không

Ai Làm Chủ Quỹ Đầu Tư Trả Góp Hàng Năm	Công Ty hay Cơ Quan	Số Tiền hoặc Trị Giá	Thu Nhập Hàng Tháng	Ngày Mua
		\$	\$	
		\$	\$	

*Nếu quý vị, hay người phối ngẫu của quý vị, có một quyền lợi trong quỹ trả góp hàng năm, và quý vị nhận các phúc lợi Chăm Sóc Dài hạn của chương trình bảo hiểm Washington Apple Health (Medicaid), thì quý vị phải ghi tên Tiểu Bang Washington như là một người thừa kế của quỹ tài sản trả góp hàng năm này.

Thông Tin Về Nhà Ở

Tôi trả chi phí nhà ở hàng tháng (tiền thuê nhà, tiền trả góp mua nhà, lệ phí chung cư (condominium) hay thuế đất) Có Không. Nếu có, hãy liệt kê số tiền hàng tháng: \$ _____

Các Nguồn Tài Sản (Bỏ qua phần này nếu chỉ nộp đơn xin bảo hiểm y tế cho Người Đi Làm Bị Tật Nguyên)

Một nguồn tài sản là bất cứ thứ gì mà quý vị làm chủ hay đang mua mà nó có thể được bán lại, trao đổi, hay chuyển thành tiền mặt, hoặc tiền được người khác cất giữ. Một nguồn tài sản không bao gồm các tài sản cá nhân, chẳng hạn như đồ tủ bàn ghế hay quần áo. Ví dụ về các nguồn tài sản là:

Cash (Tiền Mặt)	Mutual Funds (Đầu Tư Cổ Phiếu)	Houses (Nhà cửa, kể cả căn nhà quý vị đang sống)	Life insurance (Bảo Hiểm Nhân Thọ)
Checking accounts (Trương Mục Ngân Phiếu)	Stocks (Cổ Phiếu)	Burial funds (Quỹ Mai Táng)	Prepaid funeral plans (Bảo Hiểm Mai Táng Trả Trước)
Savings accounts (Trương Mục Tiết Kiệm)	Annuities (Quỹ Trả góp Hàng Năm)	Condominium (Căn Hộ)	College funds (Quỹ Tiền Học College)
CDs	Trusts (Quỹ Tín Dụng)	Đất Đai	Time-share (Quyền Sử Dụng)
Money market account (Trương Mục Thị Trường Tiền Tệ)	IRA	Sales Contracts (Hợp Đồng Mua Bán)	Business equipment (Trang Thiết Bị Doanh Nghiệp)
Savings bonds (Trái Phiếu Tiết Kiệm)	401K	Buildings (Cao Ốc)	Farm equipment (Trang Thiết Bị Nông Trại)
Bonds (Trái Phiếu)	Retirement fund (Quỹ Hưu Trí)	Life estate (Nhà Cửa Chỉ Được Quyền Sở Hữu Lúc Còn sống)	Livestock (Thú Vật Nuôi)

Xin vui lòng liệt kê các nguồn tài sản mà quý vị, người phối ngẫu của quý vị, hoặc bất cứ ai mà quý vị đang nộp đơn xin đang làm chủ hoặc đang mua:

Nguồn Tài Sản	Ai Làm Chủ	Được Cất Giữ Ở Đâu	Trị Giá	Ai Làm Chủ	Được Cất Giữ Ở Đâu	Trị Giá
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người mà tôi đang nộp đơn xin có xe hơi, xe tải, xe van, tàu, RVS, xe có toa móc (trailers), hay các loại xe khác:

Năm (E.G. 2010)	Hiệu (E.G. Ford)	Kiểu (E.g. Escort)	Đánh Vào Nếu Mướn	Đánh Vào Nếu Dùng Cho Mục Đích Y Tế	Tiền Còn Thiếu
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Các Câu Hỏi Bổ Túc Về Nguồn Giúp Đỡ Chăm Sóc Dài Hạn (Chỉ điền nếu quý vị đang nộp đơn xin các dịch vụ LTC)

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người mà tôi đang nộp đơn, hiện làm chủ hay đang mua một căn nhà làm nơi cư trú chính:

Địa Chỉ Căn Nhà	Trị Giá Hiện Tại (Theo Mỗi Nhân Viên Định Giá)	Số Tiền Còn Thiếu Trên Căn Nhà
	\$	\$
	\$	\$

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người nào mà tôi đang nộp đơn đã bán, trao đổi, cho, hay chuyển một nguồn tài sản trong 5 năm vừa qua (kể cả các quỹ tín dụng, xe cộ, tiền mặt hay nhà cửa được quyền sở hữu lúc còn sống):

Có Không Nếu có, điền phần dưới đây:

Loại Tài Sản	Ngày Chuyển Nhượng	Trị Giá Tài Sản Chuyển Nhượng	Đã Được chuyển Nhượng Cho Ai
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn (Không Cần Cho Chương Trình Medicare Savings Program)

Tôi/chúng tôi có bảo hiểm chăm sóc dài hạn Có Không Có phải đây là một bảo hiểm Cổ Đông LTC Có Không (LTCP) có chất lượng không ?

Nếu có, xin vui lòng liệt kê tên (các) công ty bảo hiểm, và ai được bảo hiểm.

Công Ty Bảo Hiểm	Số Bảo Hiểm	Tên Người Đứng Tên Bảo Hiểm	Người Được Bảo Hiểm	Trị Giá (nếu là LTCP)
				\$
				\$
				\$

Khấu Trừ

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người mà tôi đang nộp đơn trả, hay lẽ ra phải trả (đánh vào tất cả phần ứng dụng):

	Số Tiền Hàng Tháng	Ai Trả
Chăm Sóc Trẻ Em hay Người Lớn Còn Phụ Thuộc	\$	
Cấp Dưỡng Con Nhỏ Theo Lệnh Tòa	\$	
Phí của Người Đại Diện Nhận Tiền	\$	
Lệ Phí Giám Hộ	\$	
Lệ Phí Luật Sư Theo Lệnh Tòa	\$	
Các Chi Phí Y Tế Theo Định Kỳ (kể cả Medicare hay tiền đóng bảo hiểm y tế khác mà quý vị trả)	\$	

Tôi, người phối ngẫu của tôi, hay người mà tôi đang nộp đơn xin, còn thiếu tiền chi phí y tế:

Loại Chi Phí Y Tế	Ngày Mắc Nợ	Số Tiền Nợ	Người Nợ
		\$	
		\$	
		\$	

Tôi bị tật nguyên và đang đi làm, và có các chi phí giúp cho việc đi làm. Các chi phí này được gọi là các chi phí làm việc liên quan tới bệnh tật (IRWE).

Có Không Nếu có, hãy liệt kê (các) chi phí số tiền \$ _____

Độc Ký Trước Khi Ký

Việc trả tiền lại cho Tiểu Bang về Bảo Hiểm Chăm Sóc Y Tế và Chăm Sóc Dài Hạn:

Theo luật, nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên, và nhận chương trình bảo hiểm Washington Apple Health (Medicaid) hoặc các dịch vụ chăm sóc dài hạn, Health Care Authority (HCA) có thể thu hồi lại tiền từ tài sản của quý vị (tài sản mà quý vị làm chủ vào thời điểm quý vị qua đời) để trả lại cho HCA cho các chi phí của bảo hiểm y tế, các dịch vụ y tế, và chăm sóc dài hạn (kể cả các dịch vụ chăm sóc cá nhân của Washington Apple Health (Medicaid)). Các chi phí chia sẻ phí tổn Medicare do chương trình Medicare Savings Program trả thì được miễn trừ. HCA có thể lấy lại các phí tổn cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn chỉ do tiểu bang tài trợ nhận được vào mọi lứa tuổi. Những điều này được gọi là Thu Hồi Tài Sản (Estate Recovery). Đất đai của bộ lạc có thể được miễn trừ không bị lấy lại.

Những dịch vụ Chăm Sóc Dài hạn kể cả chương trình COPEs, chương trình Chăm Sóc Cá Nhân của Washington Apple Health (Washington Apple Health (Medicaid) Personal Care), chương trình các dịch vụ nhà điều dưỡng (nursing home services), chương trình y tế ban ngày cho người lớn (adult day health), chương trình điều dưỡng riêng biệt (private duty nursing), và bốn chương trình miễn trừ sau đây của Phòng Hành Chánh Giúp Hỗ Trợ Phát Triển Cho Người Tật Nguyên (Developmental Disabilities Administration) (DDA) và của chương trình Các Dịch Vụ Dựa Vào Gia Cư Và Cộng Đồng (Home and Community based Services) (HCBS) như các chương trình: Basic, Basic Plus, Core, và Community Protection cùng với các dịch vụ khác do Home and Community Services và the Developmental Disabilities Administration cung cấp.

Chương trình thu hồi tài sản sẽ không xảy ra cho đến sau khi quý vị và người phối ngẫu của quý vị đã qua đời, nếu điều đó xảy ra. Nếu quý vị có con thừa kế, việc thu hồi tài sản có thể được hoãn lại với các lý do khó khăn.

Nếu quý vị đang sống thường trực trong một nhà điều dưỡng hay cơ sở y tế khác, HCA có thể đệ đơn xin chế tài tài sản của quý vị để trả lại các phí tổn bảo hiểm chăm sóc y tế, các dịch vụ y tế, và việc chăm sóc y tế dài hạn mà quý vị đã nhận. Nếu quý vị trở về nhà, HCA sẽ gỡ bỏ lệnh chế tài này. HCA sẽ không đệ đơn xin chế tài căn nhà của quý vị nếu:

- Người phối ngẫu của quý vị sống tại đó.
- Con quý vị bị mù lòa, tật nguyền, hay dưới 21 tuổi đang sống tại đó.
- Những anh em của quý vị có một quyền lợi trong giá trị tài sản căn nhà và đang sống tại đó, và đã sống ở đó ít nhất là một năm ngay trước khi quý vị vào sống ở viện.

Quyền Điều Hành Khiếu Nại Hành Chánh:

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định của chúng tôi liên quan tới bảo hiểm y tế hay các dịch vụ chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị có quyền khiếu nại quyết định này qua thủ tục điều trần khiếu nại hành chánh. Quý vị cũng có thể yêu cầu vị giám thị và nhân viên quản trị hành chánh tái xét một hành động hay quyết định gây tranh cãi mà không làm ảnh hưởng tới quyền xin điều trần khiếu nại hành chánh của quý vị.

Tuyên Bố và Chữ Ký

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin trong đơn xin này. Tôi xin tuyên bố, dưới hình phạt khai man, theo các luật lệ của Tiểu Bang Washington rằng các thông tin tôi đã cho trong đơn xin này, kể cả các thông tin liên quan đến tình trạng quốc tịch và di trú của những người nộp đơn xin phúc lợi đều là sự thực, đúng, và hoàn chỉnh với sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của Đương Đơn hay Vị Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày _____

Viết Bằng Chữ In Tên Đương Đơn hay Vị Đại Diện Được Ủy Quyền